

مجله فناوری دیالیز

سال ۱۱۱
شماره ۱۱۶
اردیبهشت ۱۴۰۰

سخن نخست

○ دیالیز صفاقی دچار کم توجهی نظام سلامت

○ دکتر توحید عزیزی

نظام سلامت ایران، همیشه و به طرق گوناگون سعی کرده است تا حامی بیماران نارسایی مزمن کلیه باشد و از این روست که ایران دارای یکی از بالاترین تعداد پیوند کلیه در جهان - حتا نسبت به کشورهای صنعتی - است و همودیالیز نیز در ایران به نسبت کشورهای منطقه و بسیاری دیگر از کشورهای دنیا از استانداردها و کیفیت بالایی برخوردار است.

با این حال، استفاده از درمان نگهدارنده دیالیز صفاقی (دیالیز شکمی) برای بیماران دچار مرحله پایانی نارسایی مزمن کلیه در ایران، وضعیتی مغایر با کشورهای پیشرو و حتا کشورهای در حال توسعه دارد.

در دنیا به طور متوسط ۹٪ افراد نیازمند به درمان جایگزین کلیه، از روش دیالیز صفاقی استفاده می کنند (۱۹٪ دیگر بیماران تحت پیوند کلیه و مابقی، ۷۲٪، تحت دیالیز خونی قرار می گیرند)؛ حال آنکه در ایران، تنها حدود یک درصد از این بیماران، تحت درمان نگهدارنده با دیالیز صفاقی هستند. همچنین رشد

سالانه افرادی که از دیالیز صفاقی استفاده می کنند، در دنیا حدود ۷٪ است، در حالی که در ایران، این رشد منفی است.

در واقع، در ایران، علیرغم اینکه (متاسفانه) سالانه حدود ۷٪ به جمعیت بیماران دچار مرحله پایانی نارسایی مزمن کلیه اضافه می شود، جمعیت افرادی که از دیالیز صفاقی استفاده می نمایند، کمتر می گردد.

دیالیز صفاقی به عنوان درمان نگهدارنده در مرحله پایانی نارسایی مزمن کلیه، شرایطی دارد که به همین دلیل، استفاده از آن برای تمامی افراد امکان پذیر نیست. اما تعداد زیادی از بیماران، می توانند بین دیالیز خونی و دیالیز صفاقی حق انتخاب داشته باشند.

افرادی که می توانند دیالیز صفاقی را انتخاب نمایند، نسبت به دیالیز خونی، امتیازهایی خواهند داشت:

نخست، از آنجایی که برای انجام دیالیز صفاقی نیازی به مراجعه به مرکز دیالیز نیست، بیمار آزادی عمل بیشتری دارند و می تواند سبک زندگی راحت تری داشته باشد. دیالیز صفاقی را می شود در خانه، محل کار، یا محل تحصیل انجام داد و در همان حین به امور جاری معمول پرداخت. با دیالیز صفاقی، می توان راحت تر به مسافرت رفت یا چند روزی از شهر و دیار خود دور بود.

در ثانی، از آنجایی که دیالیز صفاقی با تواتر بیشتری نسبت به دیالیز خونی انجام می شود، میزان پتاسیم کمتری در بدن احتباس می یابد و همین امر باعث می شود که فرد تحت درمان نگهدارنده دیالیز صفاقی بتواند رژیم غذایی راحت تری نسبت به افراد تحت درمان نگهدارنده دیالیز خونی داشته باشد.

سوم آنکه پژوهش ها نشان داده اند افراد تحت درمان نگهدارنده دیالیز صفاقی نسبت به بیماران همودیالیزی، هزینه کمتر به نظام سلامت تحمیل می کنند، در عین حال، بستری های بیمارستانی ناشی از عوارض دیالیز نیز در افراد تحت دیالیز صفاقی کمتر از بیماران همودیالیزی است.

تمامی مطالب فوق الذکر این پرسش را به ذهن متبادر می کند که پس چرا نظام سلامت ایران به توسعه دیالیز صفاقی و در اختیار گذاشتن این روش درمانی برای بیماران، کم توجه است؟

تخمین زده می شود که در حال حاضر ۸۰/۰۰۰ بیمار شناخته شده مرحله پایانی بیماری مزمن کلیه در ایران وجود دارد که از این تعداد تنها کمتر از هزار نفر تحت دیالیز صفاقی هستند؛ در حالی که این تعداد، در صورت عزم نظام سلامت، می تواند به بیش از ۷۰۰۰ نفر برسد. آیا برای تسهیل زندگی عزیزان دچار بیماری مزمن کلیه، این اراده در نظام سلامت ما به وجود خواهد آمد؟



شب بیداران بیشتر از افراد چاق با خطر ابتلا به دیابت روبرو هستند

اگرچه افراد هر سه گروه مورد مطالعه، شاخص جرم بدن (BMI) مشابه داشتند، اما افراد شب زنده دار بیشتر احتمال داشت که وعده های بزرگ شام صرف کنند و عادات ناسالم دیگری مانند استفاده از دخانیات و عدم فعالیت ورزشی داشته باشند. همه این عوامل این افراد را در معرض خطر بیشتر ابتلا به مشکلات سلامتی قرار می دهد.

بر اساس نتایج این مطالعه، در حالی که خطر ابتلا به بیماری قلبی در افراد سحرخیز ۳۰ درصد بود، این رقم در افراد شب زنده دار به حدود ۵۵ درصد می رسید. در همین حال، خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در افراد سحرخیز حدود ۹ درصد و در افراد شب زنده دار تقریباً ۳۷ درصد بود.

موسکوگیری خاطرنشان کرد: مطالعات قلبی تخمین زده اند که خطر ابتلا به فشار خون و کلسترول بالا در افراد شب زنده دار در مقایسه با افراد سحرخیز ۱/۳ برابر بیشتر است. همچنین افراد شب زنده دار کمتر احتمال دارد از رژیم غذایی مدیترانه ای که برای سلامت قلب مفید است، پیروی کنند. رژیم غذایی مدیترانه ای حاوی مقادیر زیادی، میوه، سبزیجات و ماهی است.

در مجموع تمام این ویژگی ها افراد شب زنده دار را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری های قلبی و دیابت نوع ۲ قرار می دهد.

یافته های این مطالعه در نشست مجازی «کنگره اروپا در مورد چاقی» ارائه شد. ●

● تهران - ایرنا - اگرچه چاقی به خودی خود می تواند خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش دهد، اما تحقیقات جدید نشان می دهد خطر ابتلا به دیابت و بیماری های قلبی به ویژه در افرادی که تا دیر وقت شب بیدارند، بسیار زیاد است.

به گزارش خبرگزاری یونایتدپرس، این یافته حاصل از مقایسه الگوی خواب و بیماری در ۱۷۲ فرد میانسال است که به عنوان بخشی از یک مطالعه پیشگیری از چاقی در ایتالیا انجام شده است.

«جیونا موسکوگیری» استادیار بخش غدد درون ریز دانشگاه ناپل فدریکو II در ایتالیا گفت: چرخه خواب و بیداری یکی از مهمترین ریتم های رفتاری در انسان ها است.

محققان

در این

مطالعه،

افراد مورد

بررسی را بر

اساس الگوی

خواب آنها گروه

بندی کرد. تقریباً از

هر ۱۰ نفر، شش نفر

سحر خیز بودند. این

افراد صبح زود بیدار

می شوند و بیشترین

فعالیت را دارند.

حدود ۱۳ درصد

«شب زنده دار» بودند.

این افراد دیر از خواب

بیدار می شوند و اواخر

بعد از ظهر یا عصر

بیشتر فعال هستند. بقیه

که حدود سه نفر از هر

۱۰ نفر بودند، بین این دو

گروه بودند که به آنها «نوع

متوسط» گفته می شد.

دستورالعمل‌های غذایی بنیاد ملی کلیه برای بزرگسالانی که همودیالیز را شروع می‌کنند

• ترجمه: رؤیا رضاییان

- نصف مافین انگلیسی
- نصف نان شیرینی
- نصف نان همبرگر
- نصف نان هات داگ
- نصف فنجان ماکارونی پخته شده
- نصف فنجان برنج سفید پخته شده
- نصف فنجان غلات پخته شده
- ۴ عدد بیسکویت کراکر بدون نمک
- یک و نیم فنجان ذرت بو داده بدون نمک
- ۱۰ عدد ویفر وانیلی

از غذاهایی مانند غلات سبوس دار و پر فیبر (مانند نان گندم سبوس دار، غلات سبوس دار و برنج قهوه‌ای) به دلیل محدودیت فسفر خودداری کنید. با محدود کردن لبنیات، از استخوان‌ها و رگ‌های خونی محافظت می‌کنید.

شیر / ماست / پنیر

مصرف شیر، ماست و پنیر را به نصف فنجان شیر یا نصف فنجان ماست یا ۲۸ گرم پنیر محدود کنید. بیشتر غذاهای لبنی فسفر زیادی دارند.

مقدار فسفر برای انواع شیر یکسان است (بدون چربی، کم چرب و پرچرب). اگر غذاهای حاوی فسفر بالا میل می‌کنید، به همراه آن وعده غذایی از داروهای جاذب فسفر (phosphate binder) مصرف کنید.

اگر بیماری قلبی دارید یا در معرض خطر هستید، برخی از غذاهای پرچرب ذکر شده در بالا ممکن است گزینه‌های خوبی برای شما نباشد.

میوه/آب میوه

همه میوه‌ها مقداری پتاسیم دارند، اما در میوه‌های خاصی میزان پتاسیم بیشتر از میوه‌های دیگر است و باید مصرف آن‌ها محدود یا کاملاً حذف شود. محدود کردن مصرف پتاسیم از قلب شما محافظت می‌کند. میوه‌های زیر داری پتاسیم بالا هستن و مصرف آن‌ها باید محدود شود:

- پرتقال و آب پرتقال
- کیوی
- شلیل
- آلو و آب آلو
- کشمش و میوه‌های خشک
- موز

- ملون، طالبی

هر روز ۲-۳ سهم میوه کم پتاسیم میل کنید.

یک سهم مساوی است با نصف فنجان یا یک میوه کوچک یا ۱۱۳ میلی‌لیتر آب میوه. انتخاب کنید:

- سیب (یک عدد)
- توت (نصف فنجان)
- گیلاس (۱۰ عدد)
- کوکتل میوه‌ای، خشک (نصف فنجان)
- انگور (۱۵ حبه)
- هلو (یک عدد کوچک تازه یا کنسرو شده)
- گلابی، تازه یا کنسرو شده (نصف)
- آناناس (کنسرو شده، نصف فنجان)
- آلو (۱-۲ عدد)
- نارنگی (یک عدد)
- هندوانه (یک قاچ کوچک) •

ادامه مطلب در شماره بعد

● رژیم غذایی شما قسمت مهمی از درمان شماست. کلیه‌های شما نمی‌توانند به اندازه کافی مواد زائد و مایعات را از خون شما تصفیه کنند و بدن شما اکنون نیازهای ویژه‌ای دارد؛ بنا بر این، شما باید مایعات را محدود کنید و مصرف برخی از غذاهای رژیم خود را تغییر دهید. متخصص تغذیه در مرکز دیالیز به شما کمک می‌کند تا یک رژیم غذایی مناسب را برای نیازهای ویژه خود برنامه ریزی کنید.

• غذاهای پر پروتئین میل کنید.

• غذاهای پر نمک، پر پتاسیم و فسفر را به میزان کمتری میل کنید.

• یادگیری میزان مصرف مایعات اهمیت دارد (از جمله قهوه، چای، آب و هر غذایی که در دمای اتاق مایع باشد).

نمک و سدیم

مصرف نمک و غذاهای شور را به حداقل برسانید؛ این محدودیت ممکن است به کنترل فشار خون کمک کند. همچنین ممکن است به کاهش تجمع مایعات در طی جلسات دیالیز کمک کند، زیرا نمک تشنگی را افزایش می‌دهد و باعث تجمع مایع در بدن می‌شود.

• از گیاهان، ادویه‌ها و مواد طعم دهنده کم نمک به جای نمک استفاده کنید.

• از جایگزین‌های نمکی حاوی پتاسیم خودداری کنید.

گوشت / پروتئین

افرادی که دیالیز می‌شوند باید پروتئین بیشتری مصرف کنند. مصرف پروتئین، به حفظ سطح پروتئین خون و بهبود سلامتی کمک می‌کند. پروتئین همچنین به تقویت ماهیچه‌ها، ترمیم سریع زخم‌ها، تقویت سیستم ایمنی بدن و بهبود سلامت کلی کمک می‌کند. در هر وعده غذایی، از غذای محتوی پروتئین بالا (گوشت، ماهی، مرغ یا تخم مرغ) میل کنید یا هر روز حدود ۲۸۳-۲۲۶ گرم غذای پروتئین میل کنید.

حبوبات / غلات / نان

در صورتی که نیازی به کاهش کالری دریافتی برای کاهش وزن و یا کنترل مصرف کربوهیدرات برای کنترل قند خون نباشد، از این گروه غذایی میل کنید. حبوبات، غلات و نان‌ها منبع خوبی از کالری هستند. بیشتر افراد هر روز به ۶ تا ۱۱ سهم از این گروه غذایی نیاز دارند.

مقادیر معادل با یک سهم:

- ۱ تکه نان (سفید، چاودار، یا خمیر مایه)



حق این بود که برگردیم: خاطرات استاد پیشکسوت همودیالیز

● گفت و گو با استاد محمد علی نیکخو پایه گذار اولین همودیالیز و اولین دیالیز صفاقی در ایران و اولین پیوند کلیه در تهران

سلام عرض می‌کنم آقای دکتر نیکخو خیلی سپاسگزارم از اینکه فرصتی به ما دادید در خدمتتان باشیم به عنوان یکی از اساتید و دانش آموختگان پیشکسوت دانشگاه علوم پزشکی تهران در محضر شما هستیم. دوست داریم خاطرات گذشته شما را همراه خودتان مرور کنیم اگر موافق باشید می‌خواهیم برگردیم به دوران کودکی‌تان و اینکه در کدام شهر بودید در واقع اگر دوست داشته باشید از دوران کودکی‌تان با هم یک مرور داشته باشیم.

تشکر می‌کنم. من هم سلام عرض می‌کنم، من متولد سال ۱۳۰۷ در تهران هستم از محله‌های قدیمی تهران. دبستان و دبیرستان را در تهران گذراندم، دبستان و سیکل اول که آن موقع وجود داشت در مدرسه بدر و متوسط سیکل دوم در دبیرستان علمیه که هم جوار شورای مجلس اسلامی است گذراندم، سپس در سال ۱۳۲۶ در کنکور دانشکده پزشکی شرکت کردم و در سال ۱۳۳۲ فارغ التحصیل دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران شدم و بعد از گذراندن دوره نظام وظیفه در همین دانشکده به استخدام در آمدم و در بیمارستان امام خمینی در بخش داخلی به ریاست دکتر صادق پیروز عزیزی که استاد بیماری‌های داخلی بود مشغول خدمت شدم. ابتدا به عنوان دستیار و به تدریج مدارج دانشگاهی را طی کردم و پس از آن تخصص بیماری‌های کلیه و استفاده از همودیالیز در بیماران کلیوی را دنبال کردم. ابتدا در اینجا می‌خواهم راجع به استفاده از همودیالیز در بیماران کلیوی صحبت کنم که در حدود ۷۰ سال قبل، همودیالیز یا همان کلیه مصنوعی به وسیله ویلیام کلف که یک پزشک هلندی بود درست شد و به تدریج تکمیل شد و در اختیار بیماران کلیوی قرار گرفت و پیدایش همین دستگاه باعث شد که تخصص بیماران کلیوی پا گرفت و در سال ۱۹۵۰ میلادی و واقعا با پیدایش همین دستگاه کلیه مصنوعی و همودیالیز انقلابی در درمان بیماری‌های کلیه پیدا شد، بیماران کلیوی که تا قبل از این دچار نارسایی حاد یا مزمن کلیه بودند و کلیه‌شان به طور موقت یا دائم از کار می‌افتاد و در واقع محکوم به مرگ بودند، با کشف این دستگاه کلیه مصنوعی که به طور موقت جان‌نشین کلیه قرار می‌گرفت، این بیماران جان تازه‌ای گرفتند و از مرگ نجات پیدا می‌کردند. در نارسایی حاد کلیه که باعث می‌شد کلیه دوباره به حال خودش برگردد و در نارسایی مزمن کلیه وقتی که به طور مکرر انجام می‌گرفت باعث از کار افتادن کلیه می‌شد، زندگی دوباره پیدا می‌کردند و مدتها زندگی می‌کردند.

آقای دکتر نیکخو ظاهرا پیوند کلیه هم برای اولین بار در بیمارستان امام خمینی توسط شما انجام شده است؟

بله در دانشگاه تهران برای اولین بار پیوند کلیه را در بیمارستان امام خمینی انجام دادیم و آن هم از یک بیمار زنده در سال ۱۳۴۸ که حاضر بود یک کلیه‌اش را به جوانی بدهد. البته پیوند کلیه اولین بار در شیراز انجام شده بود ولی بعدا در تهران و در دانشگاه تهران برای بار دیگر انجام شد. البته برای مدتی متوقف شد ولی باز دوباره این پیوند راه افتاد و الان هم می‌بینید که خیلی خوب این عمل در ایران انجام می‌گیرد.

بله این عمل یکی از عمل‌هایی است که درصد موفقیتش خیلی بالاست و فکر می‌کنم بیمارستان سینا بیش از ۳ یا ۴ هزار پیوند موفق کلیه داشته.

بله دیگر این عملی است که در اکثر بیمارستان‌ها انجام می‌شود در بیمارستان سینا و دیگر بیمارستان‌ها که یک کار روتین شده چون بیمارانی که کلیه‌شان به کل از کار می‌افتد مدت مدید هم

نمی‌شود در این دستگاه قرار گیرند چرا که خسته و زده می‌شود از این که مدتی زیر این دستگاه قرار گیرند. باید مدتی بعد آن‌ها را برای پیوند کلیه معرفی کرد یعنی می‌بینید که باید کلیه‌ای که به بدن آن‌ها می‌خورد پیوند کرد و ممکن است چندین سال با آن کلیه زندگی کنند ولی وقتی آن کلیه هم دفع شود دوباره آن‌ها می‌روند زیر دستگاه و به وسیله کلیه مصنوعی زنده می‌مانند و همین طور مدتی با همودیالیز و دستگاه و مدتی با پیوند به همین ترتیب آن‌ها عمر نسبتا طولانی خواهند داشت و این داستان کار کلیه مصنوعی بود.

با توجه به اینکه در توضیحات خودتان هم فرمودید کار با دستگاه‌ها و شرایط آن موقع خیلی سخت‌تر از امروز بوده ولی چه چیزی باعث شده تا شما علیرغم همه مشکلات، کمبودها و سختی‌هایی که وجود داشت این کار را دنبال کنید؟

بیمارهای کلیه را که می‌بینید کلیه‌شان از کار می‌افتد و تقریبا محکوم به مرگ می‌شوند وضعی است ناراحت کننده و همه آن موقع در فکر آن هستند که راه نجاتی برای بیماران پیدا شود و این افتخار برای اولین بار برای آن پزشک هلندی بود که این همودیالیز را کشف کرد و بعدا هم تکمیل شد و در همه جا استفاده شد و ما هم در این جا دیدیم که برای این بیماران می‌شود کاری کرد. رئیس بخش آن زمان آقای دکتر عزیزی بود که اصلا علاقه خاصی به بیماران کلیوی داشت و ایشان در آن زمان پادرمیانی کردند و پیشنهادی را به دانشگاه دادند که این کلیه مصنوعی را بگیرند و در آن موقع خب ما پیشقدم شدیم و حاضر شدیم که برای این کار برویم که شاید این کار در مملکت ما هم صورت گیرد و خوشبختانه این اتفاق افتاد و من خوشحالم که در خدمت بیماران کلیوی قرار گرفتیم.

استاد دوست داریم از زندگی شخصی خودتان بیشتر برایمان بگویید، چند خواهر و برادر هستید؟

خانواده ما ۲ پسر و ۳ دختر داشت و آن موقع هم که می‌دانید مرسوم نبود همه درس بخوانند و تحصیل کنند. ما ۲ پسر درس خواندیم و دانشگاه رفتیم. من فرزند دوم خانواده بودم و خواهران ما هم تحصیلاتشان در حدود ابتدایی و متوسطه بود ولی من و برادرم تحصیلات دانشگاهی داریم. ایشان هم دکتری شیمی گرفتند و استاد دانشگاه علم و صنعت بودند حالا بازنشسته شدند ولی اکنون استاد دانشگاه آزاد هستند و به کار خود ادامه می‌دهند و ما هم که در دانشکده پزشکی به کارمان ادامه دادیم.

در مورد زندگی خودتان بگویید، اینکه در چه سالی ازدواج کردید از همسران و فرزندان بگویید.

همسر من دیپلم داشتند و از بستگان ما بودند. من ۳ پسر دارم و ۲ دختر. یکی از پسران من مهندسی شیمی از انگلستان دارد و ۱۸ سال در انگلیس بود و آنجا کار می‌کرد بعد به ایران آمد مدتی در اینجا بود و در دانشگاه علم و صنعت به عنوان هیئت علمی استخدام شد ولی باز به انگلیس بازگشت و مشغول به کار شد و حالا هم دوباره به ایران بازگشته و امیدوارم که این بار ماندگار شود. پسر دیگر هم داروساز است و پسر دیگر هم در آلمان

حق این بود که برگردیم: خاطرات استاد پیشکسوت همودیالیز

دین خود را به مملکت و به مردم نیازمند ادا کنند.

از دوستان قدیمی خود، هم دوره‌ای‌هایتان، از استادان قدیمی کسی را به خاطر دارید که رفتارش بر شما بیشتر تاثیر داشته باشد؟ اینکه از رفتار و گفتار ایشان به عنوان الگو استفاده کرده باشید؟

باید در درجه اول از استاد خود آقای دکتر صادق پیروز عزیزی که استاد کرسی بالینی دانشکده بود و ایشان بیشتر برای ما الگو بود یاد کنم. ایشان در کارشان بسیار دقیق بودند. سر وقت می‌آمدند و برای بیمارها خیلی دلسوزی می‌کردند. ایشان برای ما واقعا یک الگو بودند. از دوستان قدیمی که بخواهم نام ببرم از آقای دکتر مسلم بهادری باید اسم ببرم که هم اکنون رئیس دفتر ارتباط با دانش‌آموختگان است و همانطور که خود گفتید در خدمت ایشان همکاری می‌کنید. وقتی که من از فرانسه برگشتم ایشان در انگلیس بودند و در آنجا دوره‌های آسیب‌شناسی می‌دیدند و در آنجا بیوپسی کلیه بسته را ایشان یاد گرفتند و آمده بودند در ایران انجام می‌دادند. وقتی که ما در فرانسه بودیم بیوپسی کلیه می‌کردند ولی بیوپسی کلیه باز انجام می‌دادند. پروفیسور هامورژ مخالف انجام بیوپسی بسته بود. به همین جهت من یکی از سوزن‌های مخصوص بیوپسی باز را با خودم از فرانسه آورده بودم و در بخش نیز گاه‌گاهی بیوپسی باز انجام می‌دادیم. برای این کار باید بیماران را به اتاق عمل می‌بردیم و بیهوش می‌کردیم و اغلب بیماران حاضر به این کار نمی‌شدند. ولی آقای دکتر بهادری بیوپسی بسته انجام می‌داد و خیلی راحت‌تر بود. سپس با آقای دکتر بهادری و یکی دو تا از استادان دیگر تشکیل انجمن نفرولوژی را در ایران دادیم. در سال ۱۳۴۲ آقای دکتر بهادری خزانه دار انجمن نفرولوژی شدند و خودم اولین دبیر انجمن نفرولوژی ایران شدم و مرحوم آقای دکتر معتمدی هم رئیس انجمن شد و این انجمن نفرولوژی را ما با کمک آقای دکتر بهادری مدت ۲ سال همینطور اداره می‌کردیم و جلسات ماهانه‌ای داشتیم که همه جمع می‌شدند، کسانی که دوستدار این بیماری‌های کلیه بودند می‌آمدند و همین بیوپسی‌های کلیه و یا بیماری‌هایی که لازم بود اینجا مورد بحث و بررسی قرار می‌دادیم این است که انجمن نفرولوژی را هم برای اولین بار در ایران ما تأسیس کردیم که الان هم به کار خود ادامه می‌دهد و اولین کتابی که درباره دیالیز و همودیالیز در ایران نوشته شد خود من تألیف کردم و در سال ۱۳۵۳ به نام «تنظیم آشفته‌گی‌های بدن در بیماری‌های کلیه» به وسیله چاپخانه دانشگاه و انتشارات دانشگاه چاپ و منتشر شد، مقالات متعددی هم داشتیم چه در مجلات داخلی و چه در مجلات خارجی منتشر کردم.

در کنگره یا همایشی جایزه‌ای گرفتید؟

البته کنگره‌های زیادی شرکت داشته‌ام ولی جایزه نگرفتم. یادم می‌آید در بیمارستان امام خمینی جشنی برگزار شد و از همه استادهای بازنشسته دانشگاه قدردانی می‌کردند که حدود ۵ سال پیش و در هفتادمین سال تأسیس بیمارستان امام خمینی بود.

چه سالی بازنشسته شدید استاد؟

در سال ۱۳۵۴ بود که بازنشسته شدم، گاه‌گاهی البته می‌رفتیم و در کنگره‌های نفرولوژی یا کلیه شرکت می‌کردیم.

توجه: بخش‌هایی از این مصاحبه در این صفحه خلاصه شده است، برای مطالعه کامل متن مصاحبه، کد مقابل را اسکن، یا از لینک زیر اقدام نمایید.



<https://bit.ly/3hxmOQa>

زندگی می‌کند. و از ۲ دخترم یکی لیسانس تغذیه از آمریکا است و در حال حاضر در ایران خانه دار است زیرا دوست نداشت سر کار برود و دختر دیگر هم که دیپلمه است نیز خانه دار است.

آقای دکتر روند کار در گذشته نیاز به انجام یک سری تحقیقات داشته که توانسته‌اید کارهایی را برای اولین بار انجام دهید. اما امروزه می‌بینیم که انجام کارهای تحقیقاتی بیشتر شده، شما انجام تحقیقات در گذشته را با تحقیقات امروزه چگونه مقایسه می‌کنید؟

انجام تحقیقات الان خیلی بهتر و بیشتر از سابق است چون وسیله و امکانات هست و اینکه پزشکان به انجام تحقیق بیشتر تشویق می‌شوند. آن موقع هم تحقیق بود و همین کارهایی که ما انجام دادیم همه تحقیق بود. ولی مثل الان امکانات خیلی نبود و بیشتر سعی می‌کردیم کارهای بیماران را بیشتر راه بیندازیم ولی الان هم همین کارها انجام می‌گیرد و در کنارش هم تحقیقات بیشتر در حال انجام است و این به خاطر آن امکاناتی است که حالا وجود دارد و افراد بیشتری هستند که تحقیقات بیشتر از گذشته انجام می‌دهند و البته خیلی بهتر.

البته از نسل جوان هم انتظار می‌رود که کارهای بیشتر انجام دهند؟

بله حتما همین طور است.

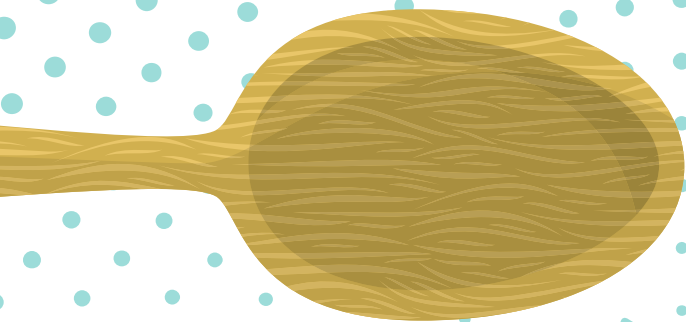
شما که خارج از کشور برای گذراندن دوره خود رفتید و تجربه زندگی در خارج از کشور را داشتید چطور شد که برای زندگی به خارج نرفتید؟

ما فقط برای کار رفته بودیم و اینکه دوره‌ای ببینیم و برگردیم اینجا مستقر شویم و این کار را در اینجا راه بیندازیم. این درست نبود که برویم آنجا و برنگردیم.

پس از آن چطور به خارج از کشور عزیمت کردید؟

مدتی در آلمان و مدتی هم در انگلیس برای گذراندن دوره‌های کوتاه برای همین قسمت کلیه رفتیم یک ماهی در انگلیس بودیم در بخش پروفیسور شیکمن مدتی کار کردیم البته بعد از آنکه از فرانسه برگشتیم مدتی هم در آلمان بودم باز در همان مدت کوتاه در یکی از بخش‌های کلیه در شهر کلن و در آنجا چند هفته‌ای بودیم و دعوت داشتیم برای وضع کارهای کلیه و کلیه مصنوعی و ... در هر حال هیچ وقت فکر نمی‌کردم که آنجا بمانم. چون وضع فرهنگ و وضع کار در اینجا با آنجا به کل فرق دارد. در ثانی مملکت‌مان و دولتمان برای ما خرجی کرده بود برای اینکه ما طبیب شویم یا کلاً تخصص‌های دیگری بگیریم و درست نبود که ما برویم آنجا و حق این بود که برگردیم و همین جا در خدمت بیماران خودمان باشیم.

متأسفانه در بین جوانهای امروزی فکر رفتن و ترک دیار بیشتر دیده می‌شود نظر شما در این خصوص چیست؟ به نظر من این کار درستی نیست. همه ما بخصوص پزشکان باید



در دنیای کنونی، برای مواجهه با مشکلات و رویدادهای تلخ به شدت نیازمند یافتن و بررسی معنای آنها هستیم. حقیقت این است که فلسفه زندگی رشد است. مشکلات و رویدادها مانند قاشقی هستند که عمق وجود ما را هم می‌زنند و تمام نقطه ضعفهای ما را برجسته می‌کنند تا شاید ما را به خودآگاهی برسانند. متأسفانه بسیاری از ما غرق در تله شادمانی و بی‌توجه به فلسفه زندگی، حضور در این دنیا را، تنها برای بهره بردن و لذت می‌دانیم و به دلیل همین نوع نگرش مشکلات آنچنان برایمان غیر منتظره قلمداد می‌شوند که گاهی در مواجهه با آنها با خاک یکسان می‌شویم و افسردگی و انواع بیماری‌های روانی را مهمان خود می‌کنیم، غافل از اینکه ما ارواحی هستیم که به این دنیا آمده‌ایم و قرار است در این کالبد خاکی انسان بودن را تجربه کرده و با کسب آگاهی از ابعاد وجودی خودمان و آنچه در این جهان مشاهده و درک می‌کنیم، رشد کنیم. در این سفر لازم است به طور مداوم به خود یادآور شویم که هدف ما خودآگاهی و خودشناسی و در نهایت درک جهان اطرافمان است و با این پیش زمینه، هر لحظه زندگی، برایمان فرصتی بی‌بازگشت می‌شود که با حضور و درک و عشق ورزی و بهره بردن از آن، زندگیمان رخت زیبای معنا می‌پوشد و در کنار رشد، از این عمل هدفمند غرق لذت می‌شویم و احساس رضایت و خوشبختی را برای خود به وجود می‌آوریم. ما برای این سفر و بازخورد مناسب نسبت به عوامل رشد که همان مشکلات و رویدادهای تلخ زندگی هستند لازم است به ابزارهای مناسبی مجهز باشیم! این ابزار چیزی نیست جز خودآگاهی نسبت به سه بعد انسانی خود

یعنی:

۱. فکر و باورهایمان
۲. هیجان و احساس
۳. رفتار و کردارمان



تا بتوانیم
در زمان مقتضی با افکار کارآمد به
هیجانانگامان تسلط داشته و رفتار مناسب را انجام
دهیم.

در واقع مشکلات می‌آیند تا با تجربه آنها، به خودشناسی برسیم
و به سمت انتخاب و آزادی عمل بیشتر، پیش رویم ولی بسیاری از ما
چون این فلسفه را نمی‌دانیم آنقدر غرق در خود مشکل شده و دست و پا
می‌زنیم که در نهایت خسته و فرسوده، صورت مساله را پاک می‌کنیم و به این
روش مشکلات تکراری را به زندگیمان دعوت می‌کنیم، چرا که تا این رویدادهای
ناگوار ماموریت خود که همانا آگاهی و رشد ماست به انجام نرسانند، دست از سر ما
بر نمی‌دارند!

مردم ما در ایران عزیز آنقدر تجربه‌های تلخ داشته‌اند که ناخواسته معنا گرا شده و عمق
پیدا کرده‌اند و همین است که در شرایطی شبیه دوران کرونا، باز هم از یک برد فوتبال
یا یک سفر کوتاه به طبیعت غرق در شادی می‌شوند و زندگی را با تمام تلخی‌هایش در
آغوش می‌کشند. این حد عمق و درک جای تقدیر دارد و نه تحقیر.

ما از مشکلاتمان طنز می‌سازیم تا حجم سختی را پایین بیاوریم تا بتوانیم با فکر بازتر
از پس آن بر بیاییم و از آنها گذر کنیم.

ما با تمام سختی‌ها و مشکلات باز دور هم جمع می‌شویم و شادی می‌کنیم و
خوشبختی و احساس رضایت را برای خود می‌سازیم.

و این اتفاقا نتیجه رشد ماست که به اشتباه گاهی سطحی نگری محسوب
می‌شود.

ما سختی‌هایی را که راه ندارند می‌پذیریم تا بتوانیم از بقیه
ارزش‌های زندگی بهره برده و در دل سختی معنای زندگی را
بیابیم و رشد کنیم.

دروود بر ملت معناگرا و عمیق ایران

● زمین!

آزمایش آنتی‌بادی کرونا مصونیت در برابر این ویروس را ثابت نمی‌کند

تاکید کرد که اگرچه واژه همه‌گیر (pandemic) به دلیل حساسیتی که دارد نباید بدون دقت مورد استفاده قرار گیرد؛ اما ارزیابی‌های این سازمان ویروس کرونا را «همه‌گیر جهانی» شناسایی و اعلام می‌کند. این ویروس در حال حاضر در بسیاری از کشورها شیوع دارد.

تهران- ایرنا- سازمان نظارت بر دارو و غذای آمریکا اعلام کرد، نتیجه مثبت آزمایش آنتی‌بادی‌های کووید-۱۹، مصونیت فرد را در برابر این ویروس ثابت نمی‌کند و نمی‌تواند جایگزینی برای واکسن کرونا باشد.

به گزارش روزنامه دیلی میل، این سازمان افزود: نتیجه مثبت آزمایش آنتی‌بادی‌های کووید-۱۹، جایگزین کافی برای دریافت واکسن‌های کرونا نیست. این آزمایش‌ها با جستجوی علائم و اکنش ایمنی می‌تواند مشخص کند که آیا فردی در گذشته به ویروس کووید-۱۹ مبتلا بوده است یا خیر.

حداقل ۳۳ میلیون آمریکایی از ابتدای شیوع همه‌گیری کووید-۱۹ به این بیماری مبتلا شده‌اند و برخی اظهار داشتند که قبلاً به این بیماری مبتلا بوده‌اند.

در حالی که آنتی‌بادی‌ها می‌توانند برخی محافظت‌های ایمنی را در فرد ایجاد کنند، اما سازمان نظارت بر دارو و غذای آمریکا از مردم این کشور می‌خواهد که با وجود داشتن آنتی‌بادی در برابر کرونا، واکسن کووید-۱۹ را دریافت کنند تا بتوانند کاملاً از خود در برابر اثر این ویروس محافظت کنند.

این سازمان همچنین افزود: نوع آنتی‌بادی‌هایی که واکسن‌های کرونا ایجاد می‌کنند، با آزمایش‌هایی که برای تشخیص آلوده بودن قبلی فرد به ویروس کووید-۱۹ انجام می‌شود، قابل تشخیص نیست. بنابراین آزمایش خون احتمالاً مصونیت فرد را در برابر این ویروس تأیید نمی‌کند.

آزمایش‌های آنتی‌بادی در شناسایی افرادی که احتمالاً در معرض ویروس SARS-CoV-2 قرار داشته‌اند و احتمالاً یک واکنش ایمنی تطبیقی ایجاد کرده‌اند، نقش مهمی دارند. سازمان نظارت بر غذا و داروی آمریکا در بیانیه‌ای اعلام کرد: در هر زمان نباید از آزمایش‌های آنتی‌بادی برای تعیین مصونیت فرد در برابر کووید-۱۹ استفاده کرد.

به گزارش ایرنا، ویروس کرونا موسوم به «کووید ۱۹» اواسط ماه دسامبر ۲۰۱۹ میلادی (۲۴ آذر ۱۳۹۸) در شهر ووهان واقع در مرکز چین گزارش شد.

ابتدا از این بیماری به عنوان ذات‌الریه نام برده شد؛ اما کمیسیون ملی بهداشت چین در ۳۰ دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی (۹ دی ماه ۹۸) به صورت رسمی شیوع این ویروس را در چین اعلام کرد.

تدروس آدهانوم مدیرکل سازمان جهانی بهداشت ۲۱ اسفندماه ۹۸ در کنفرانسی



- تحریریه: دکتر نوذر مرتضوی، ناصر طبخی، دکتر توحید عزیزی، هدیه حق شناس
- توزیع و اشتراک: حجت آرامون
- ویرایش: هدیه حق شناس
- طراحی گرافیک و صفحه‌آرا: محسن قربانی
- شمارگان: ۱۰۰۰۰ نسخه
- نشانی: تهران، خیابان سعادت آباد، پلاک ۴۴، طبقه ۵

ماهنامه دیالیز

ماهنامه علمی بیماران تحت درمان نگه‌دارنده دیالیز، پرستاران و پزشکان

- صاحب امتیاز: شرکت مدی تک‌سیس
- مدیر مسئول: دکتر رامبد حاجی‌پور

○ آخرین مقالات و مطالب آموزشی در مورد محصولات جدید دیالیز و شاخص‌های کیفی آن‌ها، گایدلاین‌ها، کفایت دیالیز، مراقبت‌های پرستاری، تغذیه بیماران دیالیزی و مسابقه پرستار و دیالیز را در صفحه مدی در اینستاگرام دنبال کنید.

Medwayteb

- کدپستی: ۱۹۹۸۸۹۸۶۳۹
- تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۷۴۰۰۱ نمابر: ۰۲۱-۲۲۰۷۳۱۰۳
- info@dialysis.news
www.dialysis.news
- نشانی چاپخانه: انقلاب، خیابان منیری، جاوید، حدفاصل لبافی نژاد و روانپهر، پلاک ۴۱/۲ چاپ عمرانی
- تلفن: ۶۶۴۰۹۴۷۷